



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**DISTRIBUSI KASUS SESAREA BERDASARKAN  
INDIKASINYA DI RS.Dr.M. DJAMIL  
PADANG PADA TAHUN 2005**

**SKRIPSI**



**TOMMY ADRIAN  
01120135**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ANDALAS  
PADANG 2008**



**DISTRIBUSI KASUS SEKSIO SESAREA BERDASARKAN  
INDIKASINYA DI RS. Dr. M. DJAMIL PADANG  
PADA TAHUN 2005**

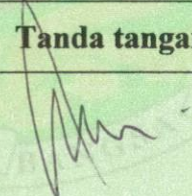
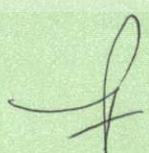
**Skripsi**

**Oleh :**

**TOMMY ADRIAN**  
**NBP. 01120135**

**Telah disetujui oleh pembimbing skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas**

**Pembimbing skripsi**

<b>Nama</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Tanda tangan</b>
<b>Dr. H. Hariadi, Sp. OG</b>	<b>Pembimbing I</b>	
<b>Dra. Arni Amir MS</b>	<b>Pembimbing II</b>	



**DISTRIBUSI KASUS SEKSIO SESAREA BERDASARKAN  
INDIKASINYA DI RS. Dr. M. DJAMIL PADANG  
PADA TAHUN 2005**

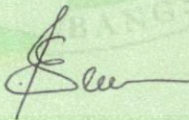

**Skripsi**

**Oleh :**

**TOMMY ADRIAN**  
**NBP. 01120135**

**Telah dipertahankan di depan tim penguji skripsi Fakultas Kedokteran Universitas  
Andalas pada tanggal 22 Februari 2007**

**Tim penguji skripsi**

<b>Nama</b>	<b>Jabatan</b>	<b>Tanda tangan</b>
<b>Drs. Eliza Anas, MS</b>	<b>Ketua</b>	
<b>Dr. Surya M. Nur</b>	<b>Anggota</b>	



*Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.  
Maka apabila kamu telah selesai (dari suatu urusan),  
kerjakanlah dengan sungguh-sungguh (urusan) yang  
lain.*

*Dan hanya kepada Allah-lah kamu berharap.  
(QS Alam Nasrah: 6-8)*

*Kupersembahkan kepada Papa dan  
Mama,*

*Adik ku Poety dan Jovi tersayang,  
Sebagai tanda terima kasihku  
atas segalanya ...*

*Dan yang tidak akan pernah  
terlupakan...*

*Spesial Hati ku Wiwik Irma S.*

*Rasyad S.E. Akt*

*Sahabat-sahabatku members of F.*

*Dok '01*

*Yang selalu setia melewati suka dan  
duka.*



## ABSTRACT

### CASES DISTRIBUTION OF CAESAREAN SECTION INDICATION BASED ON Dr. M. DJAMIL PADANG HOSPITAL IN 2005

By :

Tommy Adrian

Cesarean section is one of obstetric technique that has been increasing rate to terminate a delivery and it's the last choice to safe both of mother and her baby after considering that vaginal delivery is not feasible.

A retrospective study has been done using descriptive methode in Dr. M. Djamil Hospital of Padang. The data is collected from Medical Record of Obstetric and Ginecology delivery room, from Januari 1<sup>st</sup> to December 31<sup>st</sup> 2005.

The result shows that 24,17 % of all confinement process are by the means of caesarean section. Most percentage happened at the age of 20 to 35 years old which is 75,6% . Most parity are one to four which can be found in 190 cases (56,54%). Most indication to casarean section are panggul sempit which can be found in 92 cases (27,38%) followed by drip failure in premature rupture membran which is in 52% cases (15,48%) and CPD which is in 42 cases (12,50%).

Although casarean section is relatively safe thanks to the advanced technology but it is still necessary to execute this technique on the right indications, type, and when it possible to be done.



## ABSTRAK

### DISTRIBUSI KASUS SEKSIO SESAREA BERDASARKAN INDIKASINYA DI RS. Dr. M. DJAMIL PADANG PADA TAHUN 2005

Oleh

Tommy Adrian

Seksio sesarea merupakan salah satu teknik dalam ilmu kebidanan yang semakin banyak dilakukan untuk mengakhiri sebuah persalinan dan menjadi pilihan terakhir untuk menyelamatkan ibu dan janinnya setelah dipertimbangkan persalinan pervaginam tidak bisa dilakukan.

Sebuah penelitian retrospektif deskriptif telah dilakukan di RS. Dr. M. Djamil Padang. Data diperoleh dari rekam medis status pasien kamar bersalin bagian Obstetri dan Ginekologi dari tanggal 1 Januari sampai 31 Desember 2005.

Hasil penelitian menunjukkan jumlah kasus persalinan seksio sesarea adalah 24,17% dari seluruh persalinan. Persentase terbanyak terjadi pada umur 20-35 tahun yaitu 75,6% dari seluruh kasus seksio sesarea. Paritas 1-4 adalah terbanyak yaitu 190 kasus (56,54%). Indikasi kasus seksio sesarea tersering adalah panggul sempit yakni 92 kasus (27,38%) diikuti drip gagal pada ketuban pecah dini yakni 52 kasus (15,48%) dan cepalo pelvic disproporsi (CPD) yakni 42 kasus (12,50%).

Walaupun seksio sesarea saat ini relatif aman berkat kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran, tapi seksio sesarea harus tetap dilaksanakan sesuai dengan indikasi, jenis dan waktu pelaksanaan yang tepat.



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum wr.wb

Bismillaahirrahmaanirrahiim,

Syukur Alhamdulillah penulis haturkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan berkat-Nya, akhirnya penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Distribusi kasus seksio sesarea berdasarkan indikasinya di RS Dr. M. Djamil Padang Periode 1 Januari- 31 Desember 2005”. Tidak lupa salawat dan salam penulis haturkan kepada Nabi Muhammad SAW. Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk menempuh ujian akhir Sarjana Kedokteran (S.ked) di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang.

Sehubungan dengan itu penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Dr. H. Hariadi, Sp.OG dan Dra. Arni Amir MS selaku Pembimbing I dan Pembimbing II yang dalam kesibukannya telah bersedia menyempatkan waktu untuk membimbing dengan tekun dan sabar, memberikan saran dan masukan kepada penulis dalam menyelesaikan penulisan skripsi ini.
2. Dra. Eliza Anas Mkes, Dr. Surya M. Nur selaku dosen penguji skripsi.
3. Dr. Hj. Netti Suharti Mkes selaku Pembimbing Akademik yang telah memberi bimbingan, saran dan perhatian kepada penulis selama ini.
4. Seluruh staf pengajar Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang yang dengan gigih dan sabar telah mendidik penulis selama pendidikan di Fakultas Kedokteran ini.



5. Papa, Mama, Poety dan Dedek, terima kasih yang tak terhingga atas cinta, kasih sayang, perhatian, sokongan, nasehat dan semangat yang senantiasa diberikan.
6. Spesial bagi Wiwik Irma S. Rasyad SE. Akt terima kasih atas saran, nasehat, dorongan & cintanya sehingga penulis termotivasi untuk mengerjakan skripsi ini.
7. Julian Fitra, Mumya Camary dan semua teman-teman angkatan 01 tercinta. Terima kasih atas persahabatan, nasehat, sokongan, perhatian dan semangat yang telah diberikan selama ini.
8. Ni Mar, pegawai Rekam Medis, serta yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Terima kasih atas kerja sama dan bantuan yang telah diberikan.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan dan kesalahan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan penulisan skripsi ini. Mudah-mudahan skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya dalam bidang kedokteran.

Wassalam.

Padang, 16 September 2008

Penulis



## DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	
BAB I. PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan .....	3
1.4. Manfaat .....	4
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Definisi .....	5
2.2. Sejarah .....	5
2.3. Jenis Seksio Sesarea .....	7
2.4. Insiden .....	8
2.5. Indikasi .....	9
2.6 Resiko .....	19
BAB III. METODE PENELITIAN	
3.1. Jenis Penelitian .....	20
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	20
3.3. Populasi dan sampel .....	20
3.4. Pengumpulan Data .....	21
3.5. Pengolahan Data .....	21
3.6. Definisi Operasional .....	21
BAB IV HASIL PENALITIAN .....	23
BAB V. DISKUSI .....	25



BAB VI. PENUTUP

6.1 Kesimpulan .....	27
6.2 Saran.....	27

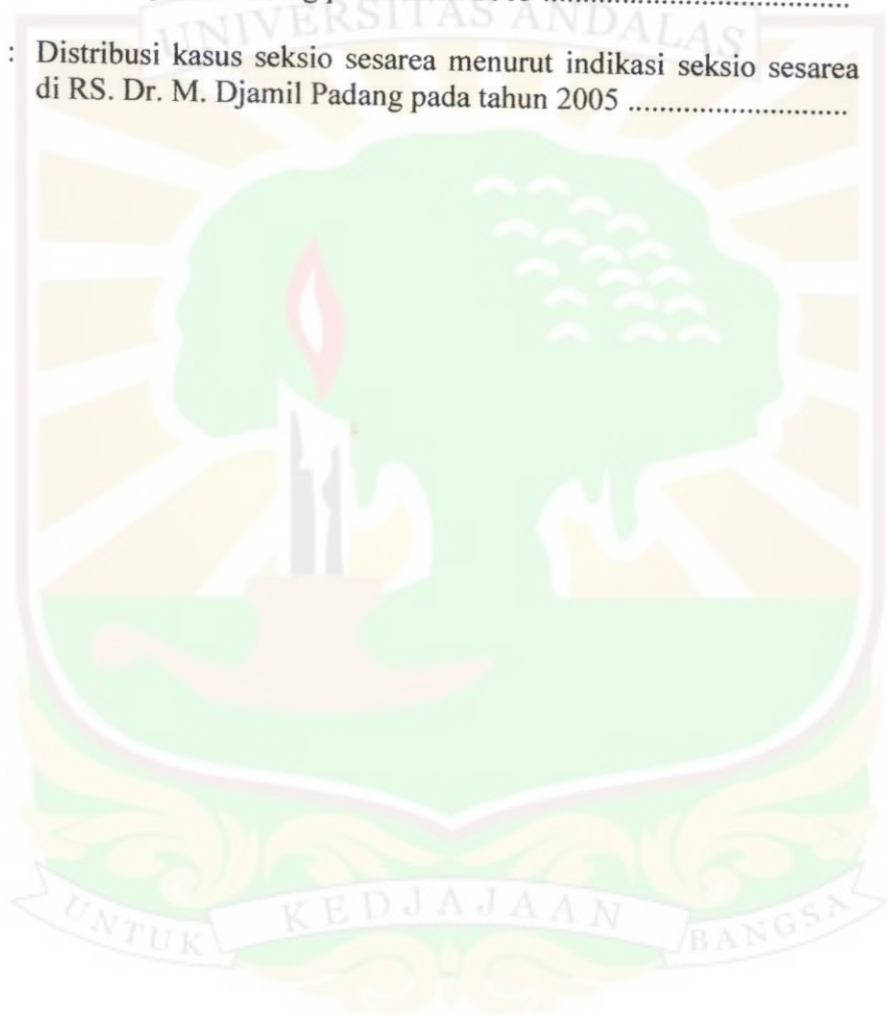
DAFTAR PUSTAKA





## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 : Angka kejadian seksio sesarea di RS. Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005 .....	23
Tabel 4.2 : Distribusi kasus seksio sesarea menurut ukuran panggul di RS. Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005 .....	24
Tabel 4.3 : Distribusi kasus seksio sesarea menurut indikasi seksio sesarea di RS. Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005 .....	24





# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Persalinan secara normal adalah harapan setiap calon ibu, dimana lahirnya anak pervaginam dengan kekuatan ibu sendiri. Namun tidak semua kehamilan dapat diakhiri dengan cara tersebut, pada keadaan tertentu ada juga persalinan yang dibantu dengan menggunakan alat bantu persalinan seperti forceps, vakum, atau mungkin saja perabdominam dengan seksio sesarea (Husodo L.P, 1999 ; Martaadisubrata, 1992).

Seksio sesarea merupakan suatu tindakan persalinan dengan cara pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus. Dengan bertambah majunya dunia kedokteran, cara ini makin baik dengan adanya antibiotik, anestesi, transfusi darah, peralatan bedah, sterilisasi alat serta teknik operasi yang lebih sempurna (Martadisubrata, 1982 ; Taufik Mahdi, 1998).

Persalinan dengan seksio sesarea di berbagai belahan dunia kian meningkat sejak dikembangkan pertama kali pada awal abad 20 (Kasdu D, 2003).

Di Italia, Morini tahun 1990 mendapatkan kasus seksio sesarea sebesar 37,5%. Lydondan Rochelle tahun 1990 mendapatkan angka 23% di Amerika Serikat. Lu dan Huang tahun 1992 di Cina memperoleh angka 25%, Onsrud tahun 1992 di Zaire mendapatkan angka 12%, Benaczek tahun 1993 memperoleh angka 14,81% sedangkan Baille tahun 1993 memperoleh angka 19,5% di Perancis (Taufik Mahdi, 1998).

Sedangkan angka kejadian seksio sesarea di Indonesia belum didapatkan secara umum, tetapi masih berupa data rumah sakit (Hospital Incidence). Endjun tahun 1988 di



RS Cipto Mangunkusumo mendapatkan angka seksio sesarea 24,80 %, Triagung di RS Dr. Soetomo memperoleh angka 19,18 %. Pilliang pada tahun 1994 di RS Pirngadi Medan mendapatkan angka 20,5 %. Di RS Sanglah Denpasar, Karkata pada tahun 1994 mendapatkan angka 20,22 %. Sedangkan di RS Dr. Wahidin S Ujung pandang, Padjalangi pada tahun 1995 memperoleh angka 26,3 % (Taufik Mahdi, 1998).

Survey sederhana yang dilakukan oleh Prof. Gulardi dan Dr. Basalamah tahun 1993 terhadap 64 rumah sakit di Jakarta. Hasilnya tercatat, dari 17.665 kelahiran, sebanyak 35,7-55,3% melahirkan dengan seksio sesarea. Sebanyak 19,5-27,3 % atas indikasi cephalopelvic disproportion, akibat perdarahan hebat selama persalinan sebanyak 11,9 – 21 % dan arena letak sungsang berkisar 4,3 – 8,7 % (Kasdu D, 2003).

Sementara data di RSCM Jakarta tahun 1999 – 2000, dari persalinan sebanyak 404 perbulan, 30% diantaranya merupakan persalinan dengan seksio sesarea, 52,5 % adalah persalinan spontan. Sisanya dengan bantuan alat vakum dan forcep. Berdasarkan persentase kelahiran dengan seksio sesarea tersebut, 13,7 % karena gawat janin, 2,4 % karena ukuran janin terlalu besar sehingga tidak dapat melewati panggul ibu, sisanya sekitar 13,9 % dilakukan tanpa pertimbangan medis (Hale RW, 1994).

Menurut penelitian sebuah badan di Washington DC, Amerika Serikat, pada tahun 1994 menunjukkan bahwa setengah dari jumlah kelahiran dengan seksio sesarea yang tercatat, secara medis sebenarnya tidak diperlukan. Artinya tidak ada kedaruratan persalinan untuk menyelamatkan ibu dan janin yang dikandungnya. Hasil serupa berdasarkan laporan Departemen Kesehatan Amerika Serikat tahun 1995 sebanyak 25% dari angka kelahiran yang tercatat di seluruh Amerika Serikat merupakan persalinan

seksio sesarea oleh ibu-ibu yang tidak memiliki resiko tinggi untuk melahirkan secara normal maupun komplikasi kehamilan lain (Kasdu D, 2003).

Dewasa ini pelaksanaan seksio sesarea jauh lebih aman, hal ini disebabkan karena fasilitas untuk pelaksanaan operasi seksio sesarea sudah lebih sempurna daripada dahulu seperti tersedianya antibiotika, transfusi darah, teknik operasi yang lebih sempurna, dan anastesi yang lebih baik. Pada keadaan ini ada kecendrungan untuk melakukan seksio sesarea tanpa dasar yang kuat (Lukito, 2005).

Berdasarkan hal diatas maka penulis ingin melakukan penelitian tentang distribusi kasus seksio sesarea berdasarkan indikasinya. Penelitian ini dilakukan di RS. Dr. M Djamil Padang. Oleh karena rumah sakit ini merupakan rumah sakit yang memiliki fasilitas seksio sesarea yang terlengkap di Sumatra Barat dan merupakan rumah sakit rujukan yang menerima kasus dari yang tempat kurang fasilitas dan sarana operasinya. Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat diperoleh informasi yang lebih lengkap tentang pelaksanaan seksio sesarea.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Penulis ingin mengetahui distribusi kasus seksio sesarea berdasarkan indikasinya di RS. Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005.



### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Untuk mengetahui distribusi kasus seksio sesarea berdasarkan indikasinya terhadap pasien yang dirawat di RS Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui angka kejadian seksio sesarea di RS Dr. M. Djamil Padang selama tahun 2005.
2. Mengetahui distribusi umur pasien yang melakukan seksio sesarea di RS Dr. M. Djamil Padang.
3. Mengetahui indikasi seksio sesarea di RS Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005.
4. Mengetahui hubungan paritas dengan indikasi seksio sesarea di RS Dr. M. Djamil Padang.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

1. Dapat mengetahui gambaran indikasi seksio sesarea di RS Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005.
2. Menambah wawasan ilmu pengetahuan peneliti.
3. Dengan didapat distribusi indikasi itu, mungkin saja beberapa hasil dapat disiapkan lebih awal atau dapat dikenal lebih dini sehingga tidak perlu dilakukan seksio sesarea.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Definisi**

Seksio sesarea adalah suatu persalinan buatan dengan melakukan pembedahan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 1000 gram atau umur kehamilan > 28 minggu (Taufik Mahdi, 1998 ; Pelsi Sulaini, 1991 ; Hale RW, 1994).

#### **2.2 Sejarah**

Istilah seksio sesarea ini tidak begitu jelas. Ada ahli sejarah yang mengatakan istilah tersebut berasal dari bahasa latin yaitu "Caedere" yang artinya memotong. Dan ada juga yang mengatakan istilah seksio sesarea ini berasal dari kata "Lexcaesarea" yang artinya suatu keputusan yang menyatakan mengeluarkan bayi dari rahim wanita yang sudah meninggal dalam masa hamil sebelum dikuburkan. Menurut legenda, Julius Caesar dilahirkan dengan cara ini, sehingga cara ini terkenal sebagai "Operasi Caesar". Namun terdapat kelemahan dari cara ini. Ibu Julius Caesar masih hidup beberapa tahun setelah kelahirannya, padahal waktu itu diperkirakan setiap operasi seperti itu ibu selalu meninggal (Pelsi Sulaini, 1991 ; Kasdu D, 2003 ; Pritchard JA McDonald PC, 1991).

Seksio sesarea pertama kali dilakukan pada wanita hidup yang kesulitan melahirkan pada tahun 1610, namun wanita tersebut meninggal 25 hari setelah pembedahan. Seksio sesarea pertama kali sukses di USA yang dilakukan di Virginia



terhadap istrinya pada tahun 1794, ibu dan bayinya hidup (Pelsi Sulaini, 1991 ; Pritchard JA McDonald PC, 1991 ; Hale RW. 1994).

Porro, tahun 1876 di Milan melakukan pembedahan dan pengangkatan uterus melalui insisi setinggi servik dan tunggul servik dijahit untuk menghentikan perdarahan dan mencegah infeksi. Cara ini dikenal dengan nama seksio sesarea radikal atau teknik Porro (Pelsi Sulaini, 1991 ; Hale RW, 1994 ; Martius G., 1997).

Pembaharuan teknik seksio sesarea dilakukan oleh Max Sanger tahun 1882 di Leipzig, dengan menjahit lapis demi lapis luka insisi uterus yang membujur di korpus uteri dan tindakan ini memberikan hasil yang baik. Teknik ini dikenal dengan seksio sesarea klasik/korporal (Pelsi Sulaini, 1991 ; Pritchard JA McDonald PC, 1991).

Pada tahun 1907 Frank melakukan cara operasi yang dikenal dengan operasi ekstra peritoneal, insisi yang dilakukan pada dinding rahim tidak melalui rongga peritoneum sehingga kontaminasi rongga abdomen dari rongga rahim dapat dicegah. Modifikasi cara Frank ini dilakukan oleh Latzko pada tahun 1909 di Vienna dengan cara memasuki segmen bawah rahim dari samping vesika urinaria dan dikenal dengan teknik seksio sesarea ekstra peritoneal (Pelsi Sulaini, 1991 ; Pritchard JA McDonald PC, 1991 ; Hale RW, 1994).

Seksio sesarea cara Kehr pada tahun 1926 saat ini banyak dianut, yang dahulunya diperkenalkan oleh Kehrer tahun 1881 yaitu seksio sesarea dengan sayatan segmen bawah rahim, karena waktu itu teknik seksio sesarea klasik telah populer maka cara Kherer tersebut tidak dapat dukungan (Martius G, 1997).

### 2.3 Jenis Seksio Sesarea

Dikenal beberapa jenis seksio sesarea (Kasdu, 2003; Pitchard JA MacDonald PC, Glant NF, 1991) yaitu :

1. Seksio sesarea transperitoneal profunda
2. Seksio sesarea klasik/korporal
3. Seksio sesarea ekstra peritoneal
4. Seksio sesarea vaginal
5. Seksio sesarea histerektomi

Pembedahan yang paling banyak dilakukan saat ini adalah seksio sesarea transperitoneal profunda dengan insisi dibawah segmen uterus. Keunggulan seksio sesarea transperitoneal profunda (Martius G, 1997; Bagian Obstetri dan Ginekologi Universitas Padjajaran, 1993) adalah :

1. Pendarahan luka insisi tidak begitu banyak
2. Kesembuhan lebih baik
3. Tidak banyak menimbulkan perlengketan

Kerugian dari seksio sesarea transperitoneal profunda (Martius G, 1997; Bagian Obstetri dan Ginekologi Universitas Padjajaran, 1993) ini adalah :

1. Terdapat kesulitan dalam mengeluarkan janin
2. Operasi lama
3. Terjadi perluasan luka insisi dan menimbulkan pendarahan banyak

Jenis seksio sesarea lain yang sering digunakan adalah seksio sesarea klasik yang merupakan insisi vertical pada korpus uteri diatas segmen bawah uterus sampai ke fundus



uteri, namun insisi ini lebih jarang digunakan dibandingkan dengan seksio sesarea transperitoneal profunda (Bagian Obstetri dan Ginekologi Universitas Padjajaran, 1993).

Keunggulan dari seksio sesarea klasik adalah :

1. Mengeluarkan janin lebih cepat
2. Teknik lebih mudah
3. Mudah dilakukan karena lapangan operasi relatif luas

Sedangkan kerugian dari teknik seksio sesarea klasik ini adalah :

1. Kesembuhan luka operasi relatif sulit
2. Jaringan parut tidak kuat
3. Kemungkinan terjadinya ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih besar

#### **2.4 Insiden**

Berdasarkan penelitian Morrison di USA, dari pertengahan tahun 1960 sampai awal 1980, frekuensi kelahiran secara seksio sesarea meningkat dari 5% menjadi 15%, frekuensi kelahiran seksio sesarea di Parkland Memorial hospital adalah 4,4% ditahun 1964, sedangkan tahun 1983 sebesar 18,3% (Taufik Mahdi, 1998).

Peningkatan ini disebabkan oleh beberapa alasan (Pritchard JA McDonald PC, 1991; Bagian Obsteri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas padjajaran, 1993). antara lain :

1. Penurunan paritas pada kebanyakan wanita hamil
2. Pemantauan janin secara elektronik kemungkinan meningkatkan peluang untuk mendeteksi gawat janin dan mengakibatkan kenaikan jumlah seksio sesarea
3. Bayi dengan presentasi bokong lebih sering dilahirkan dengan seksio sesarea
4. Adanya riwayat seksio sesarea

Tanpa adanya indikasi yang ditentukan untuk seksio sesarea, peningkatan frekwensi seksio sesarea telah disertai penurunan absolut mortalitas perinatal walaupun banyak faktor lain yang berperan besar seperti perawatan perinatal yang lebih baik.

## 2.5 Indikasi

Setiap persalinan perlu diperhatikan tiga faktor yaitu jalan lahir ( passage ), janin ( passanger ) dan kekuatan yang ada pada ibu ( power ). Apabila ada gangguan pada salah satu faktor, maka persalinan tidak berjalan lancar dan apabila dibiarkan berlarut larut, maka dapat terjadi komplikasi yang dapat membahayakan ibu dan janin. Persalinan secara seksio sesarea tidak bisa diputuskan begitu saja. Pertimbangan secara teliti indikasi dengan resiko yang mungkin akan terjadi, baik dari kesehatan ibu maupun janin. Pertimbangan harus berdasarkan riwayat penyakit sebelumnya, pemeriksaan fisik dan hasil laboratorium yang memenuhi syarat - syarat pembedahan dan pembiusan. Kecuali pada kasus gawat janin dimana kecepatan waktu untuk melakukan tindakan berpengaruh terhadap hasil luaran perinatal, persetujuan tindakan dapat diperoleh tanpa pertimbangan diatas (Kasdu D, 2003).

Secara umum seksio sesarea dilaksanakan dalam keadaan dimana penundaan kelahiran akan memperburuk keadaan janin, ibu, maupun keduanya, sedangkan persalinan pervaginam tidak mungkin dilakukan dengan aman.

MILIK  
UPT PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS ANDALAS



Berikut ini indikasi yang menjelaskan untuk dilaksanakan seksio sesarea (Hale RW,1994) yaitu :

### **1.Faktor Ibu**

#### **a. *Cepalo Pelvic Disproporsi ( CPD )***

CPD adalah ukuran lingkaran panggul ibu yang tidak sesuai atau tidak sebanding dengan ukuran lingkaran kepala janin. Kelangsungan sebuah persalinan tidak hanya ditentukan oleh keadaan panggul tapi juga ditentukan oleh kekuatan his dan moulage kepala janin, yang baru dapat diketahui pada waktu persalinan. Seksio sesarea dilaksanakan apabila panggul ibu terlalu sempit untuk dilalui oleh ukuran kepala janin. Bila persalinan dengan CPD dibiarkan berlangsung akan membahayakan ibu dan janin. Bahaya bagi ibu ialah dehidrasi dan asidosis akibat partus lama yang disertai pecahnya ketuban, ruptura uteri, iskemia dan nekrosis pada jalan lahir yang mengalami tekanan. Pada bayi dapat meningkatkan prolaps funikuli, sobekan tentorium serebelli, perdarahan intrakranial sehingga dapat meningkatkan angka kematian perinatal. Tindakan seksio sesarea dilakukan untuk menyelesaikan dan menyelamatkan persalinan secepat mungkin (Martohoesodo S, Abadi A, 1999).

#### **b. Preeklamsi/Eklamsi**

Preeklamsi – eklamsi merupakan kesatuan penyakit yang langsung disebabkan oleh kehamilan, Preeklamsi adalah penyakit dengan tanda – tanda hipertensi, edema, dan proteinuria, sedangkan eklamsi merupakan lanjutan dari preeklamsi dengan adanya kejang yang diikuti oleh koma. Preeklamsi sukar dicegah namun eklamsi dapat dicegah dengan mengenal secara dini dan menangani secara sempurna. Persalinan yang terbaik

pada kasus preeklamsi dan eklamsi adalah kelahiran anak pervaginam, tapi pada keadaan tertentu perlu pertimbangan untuk seksio sesarea, seperti impending eklamsi, gawat janin dalam kala I dilakukan segera seksio sesarea (Pitchard JA MacDonald PC, Glant NF, 1991; Rachimhadhi T, 1999). Secara prinsip sebagai pertimbangan dalam penanggulangan / penanganan preeklamsi / eklamsi, keselamatan ibu yang utama.

#### **c. Ketuban Pecah Dini ( KPD )**

Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai pecahnya selaput ketuban sebelum tanda – tanda persalinan. Definisi lain menyebutkan robeknya selaput ketuban sebelum pembukaan servik 5 cm. Faktor predisposisi ketuban pecah dini diantaranya infeksi genitalia, servik inkompeten, gemelli, hidramnion, CPD dan lain – lain. Ditandai dengan keluarnya air ketuban putih keruh kuning, janin mudah diraba. Pada inspekulo tampak air ketuban kering. Pada kehamilan aterm, bila tidak ditemui tanda infeksi, beberapa ahli berpendapat menunggu selama 6 jam, baru dilakukan induksi jika persalinan spontan tidak terjadi. Bila ada tanda infeksi, jika induksi gagal maka dilakukan seksio sesarea. Pada kehamilan preterm dan sudah inpartu, bila janin dengan letak belakang kepala ditunggu persalinan spontan, namun bila dalam letak bokong dan usia kehamilan lebih dari 30 minggu sebaiknya dilakukan seksio sesarea (Zuldi Afki, 1997; Mansjoer A, dkk, 1999).

#### **d. Partus Lama**

Partus lama merupakan fase terakhir dari suatu proses persalinan dan berlangsung terlalu lama sehingga timbul gejala – gejala dehidrasi, infeksi, kelelahan ibu, asfiksia dan kematian janin dalam kandungan. Penyebab terjadinya partus lama ini multi kompleks



dan tergantung pada pengawasan selagi hamil, pertolongan persalinan yang baik dan penatalaksanaannya. Faktor penyebab terjadinya partus lama seperti pada kelainan letak janin, kelainan panggul, kelainan his, janin besar dan KPD. Kelahiran pervaginam tidak mungkin dilakukan maka seksio sesarea harus dilakukan agar tidak terjadi penundaan kelahiran yang akan memperburuk keadaan ibu dan janin (Tina Melinda, 1998).

#### **e. Hambatan Jalan Lahir**

Beberapa neoplasma dan kista yang tumbuh disekitar atau di jalan lahir seperti mioma uteri, karsinoma serviks, kista ovarium dapat menyebabkan penyumbatan jalan lahir sehingga partus terhambat atau macet ( distonia ). Seksio sesarea dapat dilakukan untuk melahirkan janin (Kasdu, 2003; Martius G, 1997).

#### **f. Bekas Seksio Sesarea**

Sekarang ini aturan sekali seksio sesarea akan selalu seksio sesarea untuk persalinan selanjutnya tidak di anut lagi. Kasus – kasus dengan indikasi tidak tetap dan tidak ada faktor – faktor penyulit baik bidang medis maupun obstetrik diusakan dulu untuk dicoba persalinan pervaginam. Umumnya seksio sesarea akan dilaksanakan lagi pada persalinan sebelumnya yang menggunakan sayatan korporal/vertikal, karena resiko untuk terjadinya ruptura uteri lebih besar pada teknik ini (Pelsi Sulaini, 1991; Pitchard JA MacDonald PC, Glant NF, 1991; Hale RW 1994).

#### **g. Kelainan Kontraksi Uteri**

Pada inersia uteri, kontraksi uterus lebih jarang yang sifat hisnya lemah dan singkat dari pada biasanya dapat menyebabkan persalinan berlangsung lama. Pada inersia

uteri primer, kelemahan his sejak dari permulaan persalinan sedangkan yang sekunder, kelemahan his timbul setelah adanya his yang kuat dan teratur dalam waktu yang lama. Penanggulangi inersia uteri ini dengan cara pemberian infus oksitosin, namun jika ini gagal dan tidak ada kemajuan maka dilakukan seksio sesarea (Martohoesodo S, Sumampau H, 1999).

## **2. Faktor janin**

### **a. Bayi terlalu besar**

Yang dinamakan bayi besar apabila berat badannya lebih dari 4000 gram. Kesukaran persalinan dapat terjadi karena kepala yang besar tidak dapat memasuki pintu atas panggul, kadang baru diketahui adanya janin besar setelah tidak adanya kemajuan persalinan pada panggul normal dan his yang kuat. Seksio sesarea dilakukan untuk menghindari kelahiran traumatic ( Kasdu D, 2003; Martius G, 1997).

### **b. Kelainan letak**

#### **Letak sungsang**

Letak sungsang merupakan keadaan dimana janin terletak memanjang dengan kepala di fundus uteri dan bokong dibagian bawah cavum uteri. Beberapa jenis letak sungsang yakni presentasi bokong, presentasi bokong kaki sempurna dan presentasi kaki.

Faktor - faktor yang memegang peranan dalam terjadinya letak sungsang adalah multi paritas, hamil kembar, hidramnion, hidrosefalus, plasenta previa, panggul sempit, prematuritas, kelainan genetik dan kelainan bentuk uterus. Dapat dikatakan bahwa letak sungsang tanpa CPD dapat diambil sikap menunggu sambil mengawasi kemajuan



persalinan sampai umbilikus di lahirkan. Sesudah itu persalinan tidak boleh berlangsung lama, bila ada hambatan bahu dan kepala harus di lahirkan dalam waktu singkat dengan manual aid. Saat ini seksio sesarea memegang peranan penting dalam penanganan letak sungsang (Martohoesodo S, hariadi R, 1999).

### **Letak lintang**

Letak lintang adalah suatu keadaan dimana janin melintang di dalam uterus dengan kepala pada posisi yang satu sedangkan bokong pada sisi yang lain. Penyebab utama terjadinya letak lintang ialah relaksasi berlebihan pada dinding abdomen akibat multipara yang tinggi disertai perut yang lembek, bayi premature, hidramnion, kehamilan kembar, panggul sempit, tumor di daerah panggul, plasenta previa dan kelainan bentuk rahim. Pada letak lintang kasep, versi ekstraksi dapat mengakibatkan rupture uteri, hendaknya dilakukan seksio sesarea (Martohoesodo S, hariadi R, 1999).

### **c. Gawat Janin**

Janin memperoleh oksigen dan nutrisi dari ibu melalui tali pusat dan plasenta. Namun bila terjadi gangguan pada plasenta seperti ibu menderita hipertensi atau kejang rahim serta gangguan pada tali pusat akibat terjepit oleh tubuh bayi, menyebabkan gangguan oksigen pada janin. Bila dibiarkan dapat mengakibatkan gangguan pada janin seperti kerusakan pada otak atau menimbulkan kematian pada janin. Diagnosis gawat janin dapat ditentukan dengan menilai denyut jantung janin, mekonium dalam air ketuban atau dengan memeriksa ph darah janin. Kalau persalinan sulit secara pervaginam atau malah dapat memperburuk kondisi janin maka seksio sesarea merupakan jalan satu – satunya (Kasdu D, 2003).

#### **d. Janin Abnormal**

Kelainan pada janin seperti gangguan rhesus dan hidrocefalus dapat dilakukan persalinan dengan seksio sesarea. Incompatibilitas rhesus ibu dengan janin akan menyebabkan ibu memproduksi antibody yang akan menghancurkan sel darah janin, sehingga terjadi penurunan sel darah terutama eritrosit. Biasanya anak pertama lahir sehat karena ibu belum banyak memiliki benda – benda penangkis terhadap antigen rhesus, sebelumnya ibu tidak menderita abortus atau mendapat transfusi darah rh positif. Pasangan hanya memiliki 1 atau 2 anak, sedangkan anak – anak berikutnya semua meninggal. Hal ini dapat diatasi dengan rhesus immunoglobulin yang di injeksikan pada ibu dengan rhesus negatif dalam waktu 72 jam setiap kelahiran anak atau abortus. Seksio sesarea dapat dilakukan pada gangguan rhesus ini (Kasdu D, 2003 ; Hale RW, 1994).

#### **e. Faktor Plasenta**

##### **Plasenta Previa**

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebahagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Klasifikasi plasenta previa didasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu, yaitu plasenta previa totalis ( seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta ), plasenta previa parsialis ( sebagian pembukaan tertutup oleh plasenta ), plasenta previa marginalis ( pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan ). berada tepat pada pinggir pembukaan ). Perdarahan tanpa alasan atau tanpa rasa nyeri merupakan gejala utama dan pertama dari plasenta



previa. Prinsip penanganan plasenta previa adalah dengan cara mengirim ibu hamil ke rumah sakit yang memiliki fasilitas lengkap untuk melakukan transfusi darah dan operasi. Di rumah sakit yang lengkap, seksio sesarea merupakan persalinan yang terpilih. Plasenta previa totalis merupakan indikasi mutlak untuk seksio sesarea. Plasenta previa parsialis pada primigravida sangat cenderung untuk seksio sesarea. Pendarahan yang banyak apalagi berulang biasanya disebabkan oleh plasenta previa yang lebih tinggi derajatnya dari pada apa yang ditemukan pada fisik diagnostik. Multigravida dengan plasenta lebih rendah, plasenta previa parsialis pada pembukaan lebih dari 5 cm dapat ditanggulangi dengan pemecahan selaput ketuban. Bila hal ini tidak mengurangi perdarahan yang terjadi, maka seksio sesarea harus dilakukan (Kasdu, 2003; Rachimhadi T, 1994; Heller L, 1996).

### **Solusio Plasenta**

Solusio plasenta adalah terlepasnya plasenta yang letaknya normal pada korpus uteri sebelum janin lahir. Komplikasi pada ibu dan janin tergantung luasnya plasenta yang terlepas dan lamanya solusio plasenta berlangsung. Komplikasi yang dapat terjadi adalah perdarahan, kelainan pembekuan darah, oliguria dan gawat janin sampai kematian. Secara klinis solusio plasenta dibagi atas solusio plasenta ringan, solusio plasenta sedang dan solusio plasenta berat. Tanda dan gejala solusio plasenta sesuai dengan pembagian klinisnya. Mulai dari sakit perut terus menerus, nyeri tekan pada uterus, uterus tegang terus menerus, perdarahan pervaginam, sampai syok maupun jantung janin tidak terdengar lagi, air ketuban telah berwarna kemerah – merahan. Pada kasus solusio plasenta tertentu, seksio sesarea dapat mengurangi angka kematian janin (Kasdu, 2003; Rachimhadi T, 1994; Heller L, 1996).

## **f. Kelainan Tali Pusat**

### **Prolapsus Funikuli ( Tali Pusat Manumbung )**

Prolapsus funikuli adalah keadaan dimana tali pusat berada di samping atau melewati bagian terendah janin didalam jalan lahir setelah ketuban pecah. Apabila ketuban belum pecah dinamakan tali pusat terdepan. Pada prolapsus funikuli sangat berbahaya bagi janin karena setiap saat tali pusat dapat terjepit antara bagian terendah janin dengan jalan lahir dengan akibat gangguan oksigen janin. Pada prolapsus funikuli dengan tali pusat masih berdenyut tetapi pembukaan belum lengkap, hanya ada dua pilihan yaitu reposisi tali pusat atau menyelamatkan persalinan dengan seksio sesarea. Reposisi tali pusat umumnya sulit dan sering gagal. Maka reposisi tersebut hanya dilakukan pada keadaan yang tidak memungkinkan untuk melakukan seksio sesarea (Kasdu, 2003; Martohoesodo S, Hariadi R, 1999).

### **Terlilit Tali Pusat**

Tali pusat di dalam uterus bersama janin dalam ketuban. Ketika janin bergerak, letak dan posisi tali pusat pun biasanya bergerak dan berubah. Sebenarnya lilitan tali pusat ke janin tidak selalu berbahaya selama tidak terjepit atau terpelintir yang menyebabkan aliran oksigen ke janin terganggu (Kasdu, 2003).

## **g. Bayi Kembar**

Kelahiran bayi kembar memiliki resiko terjadi komplikasi yang lebih tinggi dari pada kelahiran bayi tunggal, namun tidak selamanya bayi kembar harus dilahirkan dengan seksio sesarea. Indikasi tersering adalah apabila salah satu atau kedua janin tidak



dalam presentasi kepala. Indikasi lain adalah uterus hipotonik, hipertensi akibat atau diperberat oleh kehamilan, gawat janin, perbedaan yang mencolok pada besar janin, dimana janin yang lebih kecil berada di depan dan prolapsus funikuli. Juga bisa akibat plasenta previa, interlocking karena janin pertama dalam letak sungsang dan janin kedua dalam presentasi kepala sehingga setelah bokong lahir, dagu janin pertama tersangkut pada leher dan dagu janin kedua (Kasdu, 2003; Pritchard JA Macdonald PC, Glant NF, 1991; Duffet Smith, 1992).

### **3.Faktor Elektif**

Indikasi elektif ini sesungguhnya bukan merupakan indikasi obstetrik dan saat ini banyak digunakan serta pelaksanaannya sangat tergantung pada pasien dan operator (Taufik mahdi, 1998; Kasdu, 2003).

Faktor – faktor yang mempengaruhi morbiditas dan mortalitas pembedahan adalah kelainan atau gangguan yang menjadi indikasi untuk melakukan pembedahan, dan lamanya persalinan berlangsung. Semakin lama persalinan berlangsung, maka semakin meningkat bahaya infeksi pasca operasi apalagi setelah ketuban pecah (Duffet Smith, 1992).

Seperti halnya dengan ibu, nasib anak yang dilahirkan dengan seksio sesarea banyak tergantung dari keadaan yang menjadi alasan untuk melakukan seksio sesarea. Menurut statistik di negara – negara dengan pengawasan anti-natal dan intra-natal yang baik, kematian pasca seksio sesarea berkisar antara 4 – 7 %.

## **2.6 Resiko**

### **1. Janin**

Bahaya yang dapat mengenai fetus bila persalinan dilakukan dengan seksio sesarea, terlepas dari yang diakibatkan oleh keadaan abnormal untuk di indikasikan seksio sesarea (Martius G, 1997) :

- a. Hipoksia akibat sindroma hipotensi telentang
- b. Depresi nafas akibat anestesi ( anestesi umum )
- c. Sindroma gawat nafas

### **2. Ibu**

Resiko ibu karena seksio sesarea harus dianggap lebih serius karena berhubungan langsung dengan tindakan operasi (Martius G, 1997) :

- a. Infeksi didapat di rumah sakit setelah seksio sesarea
- b. Fenomena trombo emboli, terutama pada multipara dengan varikosis
- c. Ileus, terutama karena peritonitis dan obstruksi
- d. Kecelakaan anestesi
- e. Perdarahan

Walaupun kemajuan telah dicapai dalam perawatan prabedah dan paska bedah, keuntungan dan kerugian setiap indikasi persalinan seksio sesarea harus di pertimbangkan dengan hati – hati (Mansjoer A, dkk, 1999)



## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis Penelitian**

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif retrospektif yaitu dengan cara mengumpulkan data sekunder dari kasus-kasus seksio sesarea pada bagian Obstetri dan Ginekologi perjan RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005.

#### **3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di bagian rekam medik RS. DR. M. Djamil Padang, dan waktu pengambilan data dilaksanakan pada bulan Oktober – Desember 2006.

#### **3.3 Populasi dan Sampel**

- **Populasi**

Populasi Penelitian adalah seluruh pasien yang menjalani persalinan di bagian Obstetri dan Ginekologi RS. Dr. M. Djamil Padang selama tahun 2005.

- **Sampel**

Sampel penelitian adalah seluruh pasien yang menjalani persalinan seksio sesarea di bagian Obstetri dan Ginekologi RS. Dr. M. Djamil Padang selama tahun 2005.

### 3.4 Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan adalah data sekunder dari kasus persalinan seksio sesarea di bagian Obstetri dan Ginekologi RS. Dr. M. Djamil Padang selama tahun 2005 ( 1 Januari 2005 – 31 Desember 2005 ) dan variable yang dikumpulkan adalah :

1. Umur pasien, diambil semua pasien yang mengalami seksio sesarea, kemudian digolongkan menjadi lebih dari 35 tahun, 20-35 tahun, dan kecil dari 20 tahun.
2. Angka kejadian seksio sesarea, diperoleh dari jumlah kasus seksio sesarea dibandingkan dengan kasus semua persalinan.
3. Indikasi seksio sesarea, diambil dari pasien yang mengalami seksio sesarea.
4. Ukuran panggul, digolongkan menjadi panggul sempit dan luas.
5. Paritas, dilihat gambaran jumlah persalinan yang telah dialami pasien, kemudian digolongkan menjadi paritas lebih dari 4 kali, 1-4, dan paritas 0.

### 3.5 Pengolahan Data

Data diolah secara manual lalu data dikelompokkan menurut variable dengan tabel distribusi frekuensi.

### 3.6 Definisi Operasional

1. Angka kejadian seksio sesarea adalah jumlah persalinan seksio sesarea dibagi jumlah seluruh persalinan dikali 100 %.
2. Indikasi seksio sesarea adalah faktor – faktor yang menyebabkan pasien harus menjalani tindakan seksio sesarea



3. Umur pasien adalah usia pasien ketika menjalani persalinan di RS. Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2005.
4. Paritas pasien adalah jumlah kelahiran yang pernah dilakukan pasien sebelum menjalani persalinan di RS. Dr. M. Djamil Padang tahun 2005.
5. Ukuran panggul dikelompokkan menjadi luas atau sempit, menurut kesan panggul yang ada pada status pasien.



## BAB 4

### HASIL PENELITIAN

Selama periode 1 januari – 31 desember 2005, didapatkan sebanyak 1390 kasus persalinan dengan 1054 (75,83%) kasus diantaranya lahir pervaginam dan 336 (24,17%) kasus seksio sesarea.

**Tabel 4.1** Angka kejadian seksio sesarea di RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005

	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Lahir pervaginam	1054	75,83
Seksio sesarea	336	24,17
Total	1390	100

Dari tabel 4.1 didapatkan kasus seksio sesarea 24,17% di RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005.

Distribusi kasus seksio sesarea menurut umur ibu di RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005 didapatkan ibu yang menjalani persalinan secara seksio sesarea umur lebih dari 35 tahun sebanyak 80 orang, 20-35 tahun sebanyak 254 orang dan kurang dari 20 tahun sebanyak 2 orang.



**Tabel 4.2 Distribusi kasus seksio sesarea menurut ukuran panggul di RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005**

Ukuran panggul	Frekuensi (N)	Persentase (%)
sempit	92	27,38
luas	244	72,62
Jumlah	336	100,00

Dari tabel 4.2 terlihat 92 (27,38 %) pasien mempunyai panggul sempit.

**Tabel 4.3 Distribusi kasus seksio sesarea menurut indikasi seksio sesarea di RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005**

Indikasi	Frekuensi (N)	Persentase (%)
Panggul sempit	92	27,38
Drip gagal	52	15,48
Cepalo Pelvic Disproporsi (CPD)	42	12,50
Plasenta previa	40	11,90
Letak lintang	32	9,52
Preeklamsia berat	32	9,52
Fetal distress	20	5,95
Partus kasep	14	4,17
Oligohidromion	12	3,57
Jumlah	336	100,00

Dari tabel 4.3 terlihat bahwa indikasi kasus seksio sesarea terbanyak adalah panggul sempit yaitu sebesar 27,38%. Dan yang paling kecil adalah Oligohidromion yaitu sebesar 3,57%.

Distribusi kasus seksio sesarea menurut paritas ibu di RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005 didapatkan ibu yang menjalani persalinan lebih dari 4 kali sebanyak 34 orang, 1-4 kali sebanyak 190 orang, dan patitas 0 sebanyak 112 orang.

## **BAB 5**

### **DISKUSI**

Dari hasil penelitian tentang distribusi kasus seksio sesarea di RS. Dr. M. Djamil Padang menunjukkan bahwa insiden seksio sesarea selama tahun 2005 adalah 336 kasus dari 1390 proses persalinan yang berarti 24,17% dari seluruh persalinan pada periode tersebut.

Khomeini di RS. Dr. M. Djamil Padang pada tahun 2001 mendapatkan kejadian seksio sesarea 19,45%. Sementara Kurniawan mendapatkan 25,25% pada tahun 2003 dan oleh Rita pada tahun 2004 dilaporkan kejadian seksio sesarea 29,26%. Dengan demikian terlihat peningkatan kejadian seksio sesarea dimana selama tahun 2005 terjadi penurunan kasus seksio sesarea 5,09 % dari tahun 2004. Hal ini mungkin disebabkan oleh jumlah persalinan yang terjadi di RS. DR. M. Djamil Padang pada tahun 2005 sedang terjadi penurunan.

Distribusi umur berdasarkan penelitian ini yang terbanyak berada pada kelompok umur 20-35 tahun sebanyak 254 orang. Pada kelompok umur ini , multiparitas ditemukan pada sebagian besar wanita hamil, sehingga dapat berperan dalam terjadinya kelainan letak dan plasenta previa yang menyebabkan harus dilakukannya seksio sesarea. Dan juga pada umumnya kehamilan sering terjadi pada umur 20-35 tahun. Irwin juga mendapatkan insiden kasus seksio sesarea di RS. Dr. Sarjito sebagian besar berada pada kelompok umur 20-35 tahun ( 64,97% )

Paritas terbanyak pada kasus seksio sesarea di RS. Dr. M. Djamil Padang adalah paritas 1-4 yaitu sebanyak 190 orang. Dari hasil penelitian ini terlihat bahwa sebagian besar kasus seksio sesarea adalah pada paritas 1-4. Hal ini disebabkan karena terjadinya



pengulangan seksio sesarea pada wanita yang memiliki riwayat persalinan seksio sesarea sebelumnya akibat panggul sempit dan bekas SC, juga kelainan letak yang diduga akibat panggul sempit dan multiparitas serta akibat plasenta previa. Dan juga karena jumlah anak yang diinginkan oleh sebagian besar orang tua berada pada kisaran 1-4 orang, oleh karena itu kasus seksio sesarea juga sering terjadi pada paritas 1-4 kali. Nurainy juga mendapatkan kasus seksio sesarea di RS. DR. Pirngadi Medan sebagian besar terjadi pada paritas 1-4 kali ( 67,24% ).

Berbeda dengan penelitian Khomeini tahun 2001 di RS. DR. M. Djamil Padang, dimana yang terbanyak adalah nullipara yakni sebesar 53%. Hal ini disebabkan adanya pengurangan paritas dengan kecenderungan terjadi pada nullipara ( wanita yang belum pernah melahirkan bayi yang variabel untuk pertama kali ) yang berumur lebih dari 30 tahun.

Distribusi kasus seksio sesarea berdasarkan indikasi memperlihatkan bahwa indikasi yang terbanyak yaitu panggul sempit (27,38%). Karena sebagian besar kasus panggul sempit pada penelitian ini adalah pasien dengan tinggi badan kecil dari 150 cm ( 79,05% ), dan seorang wanita yang memiliki tubuh pendek kemungkinan besar memiliki panggul kecil. Pada panggul yang kecil terjadi penyempitan pada pintu atas panggul, pintu tengah panggul, dan pintu bawah panggul, sehingga harus dilakukan seksio sesarea. Namun pada ibu yang panggul sempit dengan janin kecil dapat dilakukan dahulu partus percobaan. Selain itu, pada panggul sempit, lebih sering terjadi prolapsus tali pusat, kelainan ini dapat memperburuk keadaan janin jika tali pusat tertekan, sehingga seksio sesarea menjadi pilihan utama pada prolaps tali pusat ini. Hal ini sesuai dengan

hasil penelitian yang didapatkan oleh Taty Rachmawati di RSCM dimana kasus seksio sesarea sering terjadi karena kasus panggul sempit.





## **BAB 6**

### **PENUTUP**

#### **6.1. Kesimpulan**

1. Kejadian seksio sesarea di RS. Dr. M. Djamil Padang selama periode 1 Januari- 31 Desember 2005 adalah 24,17 % dari seluruh persalinan.
2. menurut karekteristik maternal, kasus terbanyak didapatkan pada kelompok ibu dengan usia 20-35 tahun.
3. Ibu dengan paritas 1-4 merupakan kelompok mayoritas pada kasus seksio sesarea.
4. Indikasi panggul sempit merupakan indikasi terbanyak yaitu sebesar 21,43% kasus dan 100% indikasi dengan panggul sempit dilaksanakan dengan seksio sesarea elektif.

#### **6.2 Saran**

1. Bila didapatkan kehamilan yang beresiko tinggi di daerah atau di rumah bidan, maka di anjurkan agar segera merujuknya pada rumah sakit yang punya fasilitas operasi yang lebih memadai, bila ada kemungkinan untuk seksio sesarea, maka operasi dapat dilaksanakan dengan lebih terencana.
2. Kelengkapan data umum dan data obstetri pasien amat dibutuhkan guna memutuskan tindakan yang akan dilakukan pada pasien tersebut dan untuk keperluan penelitian, untuk itu pengambilan dan dokumentasi data-data tersebut harus dilakukan dengan lengkap dan benar.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran. 1993 Obstetri Operatif. Bandung : Elstar.
- Duffet Smith. 1992. You and Your Caesarean Birth, Widiyanto G, Rostiawati Y, penerjemah. Persalinan dengan bedah sesar. Jakarta : Arcan.
- Husodo L. P. 1999. Pembedahan dengan Laparatomi. Dalam Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, eds. Ilmu Kebidanan. Edisi 3. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Hale RW. 1994. Operative Delivery. Dalam : DeCherney AH, Pernoll ML, eds. Current : Obstetric and Gynekologic Diagnosis and Treatment. Edisi 8. USA : Appleton and Lange.
- Heller L. 1994. Emergencies in Gynekologi and Obstetrics. Martoprawiro M, Dharma A, penerjemah. Gawat Darurat Ginekologi dan Obstetri. Jakarta EGC.
- Kasdu D. 2003. Operasi sesar : Masalah dan solusinya, edisi 1. Jakarta : Puspa suara.
- Lukito H, 2005. Pembedahan dengan Laparatomi. Dalam (Hanifa W, Abdul BS, Trijatmo R, ed) Ilmu Kebidanan, Ed 3. Jakarta: yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, hal 863-875.
- Laila isrona. 1997. Pengaruh persalinan tindakan terhadap nilai apgar bayi baru lahir di RS. Dr. M. Djamil Padang dari januari-juni 1996. Skripsi. Padang : Universitas Andalas.
- Martohoesodo S, Hariadi R. 1999. Distosia karena kelainan letak serta bentuk janin. Dalam : Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, eds. Ilmu kebidanan. Edisi 3. Jakarta : yayasan bina pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Martohoesodo S, Abadi A. 1999. Distonia karena kelainan panggul. Dalam : Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, eds. Ilmu Kebidanan. Edisi 3. Jakarta : Yayasan Bina pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Martohoesoda S, Sumampau H. 1999. Distonia karena kelainan tenaga. Dalam : Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, eds. Ilmu Kebidanan. Edisi 3. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.



- Martius G. 1997. *Operative Obstetric : Indication and Techniques*. Andrianto P, penerjemah. Bedah kebidanan Martius. Jakarta : EGC.
- Martaadisubrata D. 1992. *Obstetri Sosial. Bagian Obstetri dan Ginekologi Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran*. Bandung : Elstar..
- Mansjoer A, dkk. 1999. *Kapita Selekta Kedokteran Jilid I*, edisi 3. Jakarta : media Aesculapius.
- Pelsi Sulaini. 1991. *Tinjauan persalinan bekas seksio sesarea di RS. Dr. M. Djamil Padang 1988-1990*. Tesis. Padang : Universitas Andalas.
- Pritchard JA MacDonald PC, Gant NF. 1991. *Williams Obstetrics*, edisi 17 (1984). Hariadi R, dkk, Penerjemah. *Obstetri William*, Surabaya : Airlangga University Press.
- Rachimhadhi T. 1999. *Perdarahan Antepartum*. Dalam : Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, eds. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Rachimhadhi T. 1999. *Preeklamsia – eklamsia*. Dalam. Wiknjosastro H, Saifuddin AB, Rachimhadhi T, eds. *Ilmu Kebidanan*. Edisi 3. Jakarta : Yayasan Bina pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Saifuddin AB, Wiknjosastro GH, Afandi B, Waspodo D. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal*, edisi 1. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Taufik Mahdi. 1998. *Bedah sesar di RSUP H. adam Malik dan RSUP Dr. Pirngadi Medan*. Tesis. Medan : Universitas Sumatera Utara.
- Tina Melinda. 1998. *Tinjauan Kasus-kasus Partus Lama di Bagian Obstetri dan Ginekologi RS. Dr. M. Djamil Padang tahun 1996*. Skripsi. Universitas Andalas, Padang.
- Zuldi Afki. 1997. *Insiden Ketubah Pecah Dini (PRM) di Bangsal Obstetri dan Ginekologi RS. Dr. M. Djamil Padang tahun 1995*. Skripsi. Universitas Andalas Padang.

